Libertad y salud - Consentimiento informado

- [Übersicht](#)

Libertad y salud -- Consentimiento informado

Índice

Consentimiento informado. Definición oficial

Historia y justificación del consentimiento informado

Puntos críticos

Información y libertad de decisión

Excepciones y preguntas abiertas

El aspecto social del consentimiento informado médico abarca puntos sanitario-jurídicos y científicos como las siguientes: ¿Quién conoce, recopila y elige las informaciones proporcionadas al paciente?, ¿Cómo es el proceso de decisión del paciente y quién diseña este proceso? ¿Cómo es la relación entre el protocolo de la autoridad sanitaria por un lado, y por otro las convicciones éticas de la persona de consentir/firmar la información.

Véase también en este glosario: Salud y cuestión social

Consentimiento informado. Definición oficial

El consentimiento informado es el consentimiento con la información recibida por escrito acerca de los objetivos de un diagnóstico o tratamiento. Se requiere que el explorado tenga toda la información médica (los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas), administrativa y legal, así como sus derechos y obligaciones, de forma clara y por escrito si así lo necesita o desea el explorado.

El consentimiento informado es un proceso gradual dentro de la relación que se establece entre el profesional sanitario y el paciente. El proceso consta de dos fases: en primer lugar, la que se refiere a la información sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, que ha de ser acorde con el conocimiento empírico y aportada por el profesional de una manera adecuada a las necesidades de cada enfermo concreto. La segunda fase es la de decisión libre y voluntaria por parte del paciente.

El consentimiento informado (“informed consent”) es un elemento estándar de consulta y tratamiento

médico, que se puede interpretar de distintas maneras, desde la firma mecánica de un documento de consentimiento informado, hasta el consentimiento como fruto de una relación entre médico y paciente, trabajada durante un periodo de tiempo. La opción de interpretar el sentido del consentimiento informado de una u otra manera también tiene una dimensión social (véase también en este glosario: “Salud y cuestión social”), dependiendo entre otras cosas de la información proporcionada, del autor de la misma, de la autoridad que la proporciona, el procedimiento de consentir/firmar la información, y de las convicciones éticas de la persona de la que se espera el consentimiento.

Historia y justificación del consentimiento informado

“Es desde los ensayos y el Código de Nuremberg (1947) que se condenó definitivamente el experimento sin licencia en cobayas humanas. En el consenso pos-guerra se estableció una ley internacional.

Después de la Segunda Guerra mundial y los atrocidades de experimentos en humanos conducidos en los campos de concentración en Almenia, se establece que ninguna intervención médica puede realizarse en una persona sin previo consentimiento informado.

El desarrollo del consentimiento informado se enfocó desde los comienzos de la bioética en eliminar el paternalismo médico y reemplazarlo por la autonomía decisional del paciente, cultivada por un proceso acabado de consentimiento voluntario e informado. El tema fue central cuando la bioética ponía el máximo énfasis en la relación médico/paciente y en el encuentro clínico que debía sustentarse en la información entregada por el terapeuta y en la voluntad del paciente por decidir entre las diversas sugerencias de acción u omisión. Así lo entendió la Declaración de Lisboa (1981/1995): “El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona”.

En 1997 se suscribe en Oviedo el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, que señala explícitamente la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los que resalta el derecho a la información y el consentimiento informado.

Puntos críticos

Las múltiples y cotidianas distorsiones que el CI adolece en la práctica clínica, han terminado por transformar el proceso comunicativo interpersonal en un procedimiento burocrático y muchas veces secretarial. Aun cuando se depurase el CI al máximo, sería una herramienta cuya fundamentación teórica y objetivos prácticos requieren ser reflexionados y reformulados.

La ciudadanía ve confirmada su desconfianza en instituciones y prácticas sociales como la política, la economía, específicamente para el presente contexto, en la práctica médica²⁶. Críticos de la medicina hablan de “deshumanización”, cuando en rigor debieran referirse a “despersonalización” La tendencia al positivismo, a la medicina basada en evidencia, el predominio de la medicina administrada y de la expedición contractual por sobre el compromiso fiduciario, llevan a enfrentar al paciente cada vez más con un sistema médico que reduce y tecnifica el encuentro clínico interpersonal. La narrativa del paciente es desatendida, la semiología del cuerpo es reemplazada por la exploración técnica, las explicaciones médicas son parcas, el factor tiempo reduce la duración del encuentro clínico, llevando a una medicina despersonalizada. Las dificultades de acceso, las limitaciones a la libre elección del médico, el frecuente ingreso a través de servicios de urgencia, aumentan las inseguridades y desconfianzas del

enfermo.

El largamente sostenido afán de eliminar mediante el CI todo vestigio de paternalismo y robustecer al máximo la autonomía del paciente, está creando más problemas que soluciones en la ética clínica. Habrá de restituirse la mutua confianza entre paciente y médico mediante una construcción cotidiana y permanente, el médico recuperando confiabilidad al ejercer criterio diagnóstico y terapéutico orientado a las necesidades e intereses del paciente²⁷. Este a su vez ha de ser confiable en su adhesión a los esquemas de control, cumplimiento de indicaciones terapéuticas y participación en lo que plausiblemente le ha sugerido el médico. Este último punto cobra cada vez mayor importancia a medida que el paciente es requerido de participar activamente en promover su salud y cuidar sus enfermedades, especialmente las crónicas e inestables²⁸.

La relación sodalicia y de mutua confianza sigue siendo el fundamento de la práctica médica, aún cuando severamente tensionada por una medicina positivista, por las dificultades de acceso, la falta de acogida y protección de los sistemas médicos, y por diversos intereses que priman en la medicina administrada. Es debido a estas tensiones que el CI debe seguir siendo garante de una medicina centrada en el paciente no sólo autónomo, sino primordialmente apoyado en sus expectativas de consejo y ayuda al construirse la relación de mutua confianza a lo largo del curso de la enfermedad.

Fuente: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001100012

Información y libertad de decisión

La libre decisión de aceptar o no un tratamiento terapéutico solo puede ser tomada después de un proceso largo de evaluar miles de datos: informes de riesgo para la salud contradictorios, datos posiblemente alarmantes y contradictorios, terapias alternativas, estudios y contraestudios. El paciente posiblemente no se ve en condiciones de tomar una decisión entre Sí y No. Una decisión sería que afecta su salud y vida.

El proceso de tomar una decisión en el marco del consentimiento informado puede ser muy largo, y posiblemente no termina ni con un Sí ni con un No.

En general, cuando solo podemos elegir entre Sí o No, vendemos nuestra libertad y dignidad. Caemos en la trampa. La libertad no es tener la libertad de elegir entre dos opciones que alguien nos da generosa y democráticamente. Sí, ¿en cambio de qué precio? Y No, ¿bajo qué condiciones?

Excepciones y preguntas abiertas

La ley establece que todo paciente tiene derecho a negarse a la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, excepto en los casos de riesgo para la salud pública o de daño para terceras personas. Su negativa constará por escrito.

Fuente:: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-consentimiento-informado-S0716864010705824>

Aun así quedan algunas preguntas abiertas. En el caso de que las informaciones a firmar no son completas dada la probabilidad alta de que la información oficial no recoja los numerosos datos de riesgo

que hay que buscar por otros medios. De ahí surgen varias dudas:

* ¿Cómo la autoridad sanitaria podrá hacer disponible el sinfín de informes que documentan los riesgos y efectos secundarios de la terapia/del medicamento/de la intervención o vacuna?

* ¿Qué opciones y derechos tiene la persona de la que se pide el consentimiento para la duración del proceso de toma de decisión?

* ¿Cómo puede asegurarse un entendimiento común de los “mínimos éticos de una información adecuada”?

Autor: Michael Kranawetvogl